

（宛先） 大田区保健所長 様

住所

開設者

氏名

電話番号

ファクシ番号

〔 法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名 〕

診療所（歯科診療所、助産所）開設許可（届出）事項一部変更届

開設許可（届出）事項を変更したので、下記のとおり届け出ます。

記

1	名	称	
2	開	設	の
	場	所	
			大田区 電話番号
			ファクシ番号
3	開設許可（届出）年月日及び番号		
		年 月 日	第 号
4	変	更	し
	た	理	由
5	変	更	年 月 日
			令 和 年 月 日
6	変更した事項	変	更
		事	項
		変	更
		前	
		後	

添付書類

保健所 確認欄	
------------	--

- 1 管理者交代の場合は、免許証の写し、臨床研修修了登録証の写し及び職歴書
- 2 病室の定床数が減少する場合は、変更前と変更後の平面図（縮尺 1 / 200 以上）
- 3 麻酔科を標榜する場合は、標榜許可書の写し

（注 1） 管理者交代の場合は、免許証及び臨床研修修了登録証の本証を提示すること。この場合において、開設者が医療法人のときは、新管理者が理事であることが確認できる書類（議事録の写し等）を提示すること。

（注 2） 臨床研修修了登録証については、平成 16 年 4 月 1 日以降に医師免許証を取得した医師及び平成 18 年 4 月 1 日以降に歯科医師免許証を取得した歯科医師が対象です。